

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT HOSPITALISATION COMPLETE

Votre opinion nous intéresse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire



A PROPOS DE VOUS

Secteur d'hospitalisation

- Chirurgie hospitalisation
 Médecine
 Chirurgie ambulatoire
 Soins Médicaux et de Réadaptation

Service : Chambre : Date de sortie :

Nom (facultatif) :

SATISFACTION GENERALE

Votre opinion générale Pas satisfaisant Peu satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant

Recommanderiez-vous la Clinique à vos proches? Oui Non

ACCUEIL ET ADMISSIONS

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Contact téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation et amabilité du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenu du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délais d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHAMBRE ET LOCAUX

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Confort / Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène / Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision / Téléphone / Wifi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme / Tranquillité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURATION

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Qualité (goût et présentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des plats choisis / Respect des régimes choisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page svp



PRISE EN CHARGE PAR LE CHIRURGIEN / MEDECIN

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Présentation, amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité, écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité / intimité / confidentialité / bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE PAR LE PERSONNEL SOIGNANT

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Présentation, amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité, écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité / intimité / confidentialité / bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOC OPERATOIRE ET SALLE DE REVEIL (si concerné)

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Présentation, amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité / intimité / confidentialité / bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SORTIE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations sur les suites de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Points forts

Points à améliorer

